

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**TURMA 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama na Unidade  
Básica de Saúde Santa Lucia, Dois Vizinhos-PR**

**Lisane Cardoso Mendes**

**Pelotas, 2014**

**Lisane Cardoso Mendes**

**Controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama na Unidade  
Básica de Saúde Santa Lucia, Dois Vizinhos-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de Pelotas,  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Helen Pereira da Rocha

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M538c Mendes, Lisane Cardoso

Controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama na Unidade Básica de Saúde Santa Lúcia, Dois Vizinhos - PR / Lisane Cardoso Mendes ; Helen Pereira da Rocha, orientadora. — Pelotas, 2014.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Neoplasias de colo uterino. 5. Neoplasias mamárias. I. Rocha, Helen Pereira da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

**Lisane Cardoso Mendes**

**Controle e Prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 12/08/2014

Banca examinadora:

.....  
Prof. Dr. Elen Pereira Rocha.....(Orientador)  
Especialista Auditoria de Saúde ..... pela Universidade Estadual do Ceará

.....  
Prof. Dr. Talita Casanova.....

Prof. Dr. Mateus Casanova.....

Dedico este trabalho às mulheres da minha área de abrangência que participaram da intervenção.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele nada podemos fazer.

À minha orientadora Helen, que teve paciência comigo ao longo desses meses de curso.

À minha equipe, que me auxiliou na realização deste trabalho.

Ao meu esposo, que soube entender a importância que esta especialização tinha para o meu crescimento profissional, que me apoiou em todos os momentos de altos e baixos em que até pensei em desistir do curso.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: PROPORÇÃO DE MULHERES ENTRE 25 A 64 ANOS COM EXAME EM DIA PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NA UBS DE SANTA LÚCIA. ....	43
FIGURA 2: PROPORÇÃO DE MULHERES ENTRE 50 A 69 ANOS COM EXAME EM DIA PARA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER DE MAMA NA UBS DE SANTA LÚCIA.....	44
FIGURA 3: PROPORÇÃO DE MULHERES COM EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO NA UBS DE SANTA LÚCIA.....	45
FIGURA 4: PROPORÇÃO DE MULHERES COM MAMOGRAFIA ALTERADA NA UBS DE SANTA LÚCIA. ....	46
FIGURA 5: PROPORÇÃO DE MULHERES COM AMOSTRAS SATISFATÓRIAS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA UBS DE SANTA LÚCIA. ....	47
FIGURA 6: PROPORÇÃO DE MULHERES COM REGISTRO ADEQUADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO NA UBS DE SANTA LÚCIA. ....	48

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CA – Câncer

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEONC – Centro Especializado de Oncologia

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EaD – Educação a Distância

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

SISCAN – Sistema de informação do Câncer da Mulher

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

SUS – Sistema Único de Saúde

UNA SUS – Universidade aberta do SUS



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>10</b>
1.1	TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS .....	10
1.2	RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL .....	11
1.3	COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL.....	17
<b>2</b>	<b>ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>18</b>
2.1	JUSTIFICATIVA .....	18
2.2	OBJETIVOS.....	20
2.2.1	<i>Objetivo Geral.....</i>	<i>20</i>
2.2.2	<i>Objetivos específicos e metas:.....</i>	<i>20</i>
2.3	METODOLOGIA .....	21
2.3.1	<i>Ações.....</i>	<i>22</i>
2.3.2	<i>Indicadores.....</i>	<i>30</i>
2.3.3	<i>Logística.....</i>	<i>34</i>
2.3.4	<i>Cronograma.....</i>	<i>36</i>
<b>3</b>	<b>RELATORIO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>38</b>
3.1	AÇÕES PREVISTAS E DESENVOLVIDAS – FACILIDADES E DIFICULDADES .....	38
3.2	AÇÕES PREVISTAS E NÃO DESENVOLVIDAS – FACILIDADES E DIFICULDADES.....	40
3.3	ASPECTOS RELATIVOS À COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS .....	40
3.4	VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES À ROTINA DE SERVIÇOS .....	40
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>42</b>
4.1	RESULTADOS .....	42
4.2	DISCUSSÃO .....	51
4.3	RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES .....	53
4.4	RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA COMUNIDADE .....	56
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>

## RESUMO

MENDES, Lisane Cardoso. **Controle e Prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama na Unidade Básica de Saúde Santa Lucia, Dois Vizinhos-PR.** 2014. 65f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças e demonstram a importância da elaboração e implementação de Políticas Públicas na atenção básica que enfatizem a atenção integral à saúde da mulher, garantindo assim ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Um dos motivos pela escolha desta ação programática foi a baixa cobertura dos programas: 10% para prevenção do câncer do colo do útero e 8% para o câncer de mama. Além disso, é uma das áreas programáticas em que o profissional enfermeiro tem mais autonomia para interferir e conseqüentemente melhorar a atenção. A intervenção foi realizada no município de Dois Vizinhos-PR, na unidade básica de saúde Santa Lucia, localizada na zona rural do município. Durante os quatro meses de intervenção, foram realizadas inúmeras ações com o objetivo de aumentar a cobertura do programa, entre elas estão: cadastramento das mulheres de 25 a 69 anos que eram o público alvo da intervenção, implantação da ficha espelho, busca ativa destas mulheres, maior oferta de consulta de enfermagem para as mulheres provenientes da busca ativa, visitas domiciliares para as mulheres resistentes em fazer ambos os exames e divulgação na comunidade da intervenção. As ferramentas utilizadas para a coleta e registro de dados na intervenção foram a ficha espelho, a planilha de coleta de dados e o diário de campo. Em relação ao cadastro das mulheres o mesmo foi realizado na Unidade de saúde no momento em que a mulher era captada para participar da intervenção. A meta estipulada nestes quatro meses era de aumentar a cobertura da prevenção do câncer do colo do útero e de mama para 20%. Ao total, participaram da intervenção 152 mulheres de 25 a 64 anos, o que significou 26,2% desta população na área de abrangência, e 65 mulheres de 50 a 69 anos, o que corresponde a 28,3% das mulheres nesta faixa etária. Tivemos ainda 160 mulheres cadastradas no programa avaliadas tanto para o risco do câncer de colo de útero como para o de mama, 160 mulheres orientadas em relação às doenças sexualmente transmissíveis e nos três primeiros meses tivemos 100% das amostras coletadas de forma adequada. Além disso, tivemos apenas dois casos de alterações do exame do citopatológico e um resultado de mamografia alterado. O mais importante foi que, através desta intervenção, a equipe conseguiu reestruturar o programa de controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama e, com a incorporação do projeto à rotina da unidade, o próximo passo é procurar melhorar ainda mais a cobertura do programa, buscando principalmente aquelas mulheres que nunca realizaram os exames.

**Palavras-chave:** Saúde da Família, Saúde da mulher, Programa de Rastreamento, Neoplasias do colo do útero, Neoplasias da mama.

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Foi desenvolvido na área programática da Saúde da Mulher, com enfoque no controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama, sendo realizado no município de Dois Vizinhos-PR, na unidade básica de saúde de Santa Lúcia, localizada na zona rural.

O primeiro capítulo do trabalho fala sobre a análise situacional do serviço, composta pelo texto inicial sobre a situação do ESF/APS na unidade, seguida do relatório da análise situacional e depois faz uma comparação entre o texto inicial e o relatório da análise situacional. O segundo capítulo apresenta a análise estratégica através do projeto de intervenção com a sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. O terceiro capítulo descreve o relatório da intervenção, discutindo a sua importância para a equipe, para o serviço e para a comunidade. O quarto capítulo traz a avaliação da intervenção com os resultados, discussões e relatório para os gestores e comunidade. O quinto e último capítulo trata da reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Atualmente trabalho no município de Dois Vizinhos – PR, que tem uma população 37 mil habitantes. Estamos com 60% da população com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, no momento, contamos com nove equipes de ESF, sendo duas equipes localizadas na zona rural. Além das equipes de ESF, temos uma unidade de saúde tradicional que atende 40% da população que está sem cobertura de ESF, 01 CAPS tipo II e dois hospitais que atendem os usuários do SUS. A nossa equipe é uma das equipes da zona rural. A nossa área de abrangência é composta por 10 comunidades rurais, sendo que cada comunidade rural possui uma igreja, geralmente da religião católica, apenas em duas comunidades temos outras denominações, que são um pavilhão para festas comunitárias e um cemitério. Ao total, temos uma população de 2608 pessoas.

A nossa equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes de saúde, destes profissionais apenas o médico não faz 40 horas semanais na unidade. Além da equipe ESF, temos dois profissionais que atendem na unidade: um psicólogo, que atende na unidade uma vez por semana, e um nutricionista, que atende uma vez por mês.

A estrutura física da nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta por três consultórios, sendo um para o atendimento médico, um para consultas de enfermagem e do nutricionista (que atende a cada 15 dias na UBS) e um para o atendimento odontológico; destes, dois possuem banheiro. Além disso, dispomos de sala para procedimentos, farmácia, cozinha, expurgo, recepção, sala para triagem dos pacientes, dois banheiros para pacientes e sala de vacina, que está desativada no momento, pois foi fechada pela vigilância sanitária. Assim, no momento, os usuários

estão sendo orientados a comparecer para a vacinação nas quintas-feiras, pois neste dia trazemos as vacinas para a UBS. Em relação às ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde a única que está sendo realizada é o atendimento à gestante devido ao programa Mãe paranaense, ainda em estruturação. Os demais grupos prioritários estão sendo atendidos na demanda espontânea da unidade, ou seja, não temos nenhuma demanda programática organizada de acordo com o que está preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao atendimento na unidade de saúde, temos três dias de atendimento médico e isto dificulta a organização do atendimento aos grupos prioritários. Além da unidade, temos três pontos de atendimento fora da nossa UBS que estão localizados em antigas escolas rurais e atendemos em meio período a cada 15 dias.

Em relação ao controle social, não temos no momento o conselho local de saúde. Há alguns anos já tivemos um conselho local de saúde, mas com o tempo o mesmo foi dissolvido.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Dois Vizinhos se localiza na região sudoeste do Paraná e faz parte da 8ª regional de saúde, sendo o terceiro município de maior relevância na região tanto na economia quanto na saúde. O município tem aproximadamente 37 mil habitantes, possui 10 UBS com nove equipes da ESF, o que representa 60% da população coberta pela ESF. Além disso, dispõe de três equipes de Saúde Bucal inseridas nas equipes da ESF, ou seja, uma equipe de Saúde Bucal para cada duas ESF. Dispõe ainda de uma UBS tradicional que é responsável pelo atendimento de 40% da população que não está coberta pelas equipes de ESF, com os seguintes serviços: consulta médica e de enfermagem, vacinas, procedimentos de enfermagem e atendimentos do CAPS tipo II. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está em fase de estruturação e, no momento, a equipe é composta por quatro profissionais: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico, estando em fase de planejamento das ações.

Temos dois hospitais, sendo um municipal e o outro conveniado ao SUS, totalizando 60 leitos, que oferecem atendimento em clínica médica, clínica cirúrgica

de baixa e média complexidade, pediatria, urgência e emergência, ginecologia e obstetrícia de baixo e médio risco. O nosso município também oferece consultas especializadas e exames de alta complexidade como tomografia e ressonância magnética. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) foi instalado no município em 2012. Dispomos do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) com ambulâncias de suporte básico de vida, sendo coberto com as ambulâncias de suporte avançado de vida pelo município de Francisco Beltrão, que fica a 40 km de distância.

A Unidade Básica de Saúde de Santa Lúcia se localiza na zona rural do município e dispõe de uma equipe ESF composta por médico, enfermeiro e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O médico atende 20 horas semanais na equipe, sendo quatro turnos no período da manhã na própria UBS e uma manhã por semana (quarta- feira) alterna entre os três pontos de apoio em comunidades distantes da UBS a fim de facilitar o acesso da população. Os atendimentos são realizados em escolas rurais nas comunidades de Alto Empossado, Colônia Nova e Linha Lambari. Além disso, a cada 15 dias, na quarta-feira à tarde, o médico faz visita domiciliar. A unidade não tem vínculo com nenhuma instituição de ensino.

A estrutura física da nossa UBS é composta por três consultórios, sendo um para o atendimento médico, um para consultas de enfermagem e do nutricionista (que atende a cada 15 dias na UBS) e um para o atendimento odontológico; destes, dois possuem banheiro. Além disso, dispomos de sala para procedimentos, farmácia, cozinha, expurgo, recepção, sala para triagem dos pacientes, dois banheiros para pacientes e sala de vacina, que está desativada no momento, pois foi fechada pela vigilância sanitária. Assim, no momento, os usuários estão sendo orientados a comparecer para a vacinação nas quintas-feiras, pois neste dia trazemos as vacinas para a UBS.

Em relação às atribuições da equipe, estamos tendo dificuldades de colocar em prática o atendimento aos grupos prioritários, sendo um dos principais motivos o fato do médico estar na unidade apenas 20 horas, pois o mesmo acaba atendendo apenas demanda espontânea. Outra limitação é o fato da nossa população estar distribuída ao longo de 10 comunidades rurais e a população de duas delas preferir buscar atendimento na cidade, por ser mais perto, não haver transporte público para ir até a unidade, mesmo tendo pontos de atendimento nestas comunidades para facilitar o acesso, mas que só ocorrem a cada 15 dias. Devido a esse problema de

acesso da população à unidade, temos dificuldade de adesão aos programas, como puericultura, pré-natal e outros.

Apesar de sermos uma equipe ESF, as nossas ações não estão organizadas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o nosso processo de trabalho não está organizado para o atendimento aos grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, idosos e crianças), sendo que apenas as gestantes saem com a consulta agendada, o restante é atendido por demanda espontânea. A consulta de enfermagem é destinada especificamente para atender na área de Saúde da Mulher e os outros grupos prioritários como hipertensos, diabéticos e idosos são atendidos apenas pelo profissional médico, visto que não temos protocolo de enfermagem para atendimento destes grupos. No município não existe Portaria que regulamente a prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelos enfermeiros de Programas de Saúde Pública e, por isso, o nosso trabalho acaba sendo pouco resolutivo. Outro atendimento que é feito pelo enfermeiro é a avaliação de risco quando há excesso de demanda para consulta médica, mas não há protocolo no município, utilizamos o Caderno 28 do Ministério da Saúde, que trata do acolhimento à demanda espontânea.

Atualmente, temos uma população de 2608 mil habitantes, sendo que 3% são menores de 5 anos, 26% entre 6 a 19 anos, 54% na faixa etária de 20 a 59 anos e 16% acima de 60 anos. Além disso, 53% da população são do sexo masculino e 47% do sexo feminino. A população atualmente acompanhada pela equipe está de acordo com o preconizado na Portaria 2.027/2011, que determina que a média da população por equipe de ESF deveria ser de 3000 habitantes. Como a nossa área de abrangência é uma zona rural, sendo assim a população considerada como de maior vulnerabilidade social de acordo com a Portaria 2488/2011, e mesmo sendo uma equipe ESF, o médico atua apenas 20 horas e não 40 horas na equipe, a população assistida pela equipe deveria ter menor quantidade de pessoas.

Em relação à demanda espontânea, temos mais dificuldades do que pontos positivos, visto que o médico atende apenas 16 horas semanais na unidade e quatro horas nos pontos de apoio, o que gera uma demanda reprimida. Já fiz a agenda para 2014 e nela estou colocando o agendamento para hipertensos, diabéticos e idosos, além das gestantes e crianças para puericultura. São destinadas 10 vagas para demanda espontânea, duas para hipertensos e/ou diabéticos, duas para idosos e uma para gestante e/ou criança, totalizando 15 atendimentos, pois como temos o

tempo de deslocamento da equipe, esse é o número máximo de pacientes que conseguimos atender sem perder a qualidade da assistência prestada a eles.

Em relação às ações programáticas para os grupos prioritários, não estão sendo realizadas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Atualmente, não há agendamento para o atendimento da criança, hipertenso, diabético e idoso, somente as gestantes são agendadas.

Em relação à Saúde da Criança, o protocolo utilizado pela equipe é o Caderno de Atenção Básica nº 33, pois não temos nenhum protocolo municipal. As crianças até então estavam sendo atendidas apenas em casos agudos, ou seja, quando ela já apresenta algum problema de saúde. São realizadas as pesagens das crianças de zero a seis anos da área de abrangência da unidade, tanto pelos ACS como pela Pastoral da Criança em todas as comunidades.

As mães não tem a cultura de levar as crianças para a puericultura, pois acham desnecessário levar a criança que está saudável para o atendimento, daí a dificuldade de adesão ao programa. Segundo os agentes de saúde, já tentaram marcar puericultura na UBS, mas as mães não levam as crianças, especialmente as de duas comunidades, pois acham a unidade muito longe e muitas preferem fazer o acompanhamento na cidade, quando aproveitam para fazer outras coisas. Para as comunidades que são próximas da unidade e que também tem essa cultura, definimos que na puericultura a criança seria acompanhada ao mesmo tempo pelo enfermeiro e médico pelo menos nas três primeiras consultas até a mãe confiar no profissional enfermeiro. Dessa forma, estamos tendo mais êxito com a puericultura.

A pesagem das crianças com a Pastoral ocorre junto com as reuniões do Clube de Mães e, como para elas, é considerada uma tarde de lazer, acabam indo e levando as crianças para a pesagem. Apesar disso, já conversei com três ACS que são responsáveis por comunidades que possuem pontos de atendimento para agendar as crianças em idade para puericultura para o atendimento no próprio ponto de apoio, pois fica longe para estas mães tanto ir para cidade como ir para a UBS.

O nosso município é o que está com o pior indicador de mortalidade infantil na nossa regional de saúde e, em 2013, uma mulher morreu após o parto e com isso também amargamos o pior indicador de mortalidade materna.

Em relação ao pré-natal, o protocolo utilizado para o acompanhamento das gestantes é o Caderno de Atenção Básica nº 32 e a linha guia Mãe Paranaense. O fluxo de atendimento está organizado de acordo com o pactuado no APSUS, ou seja,



as gestantes de risco habitual devem ser acompanhadas somente pela equipe de ESF até o 6º mês e, a partir daí, deve ser acompanhada tanto pela equipe como pelo obstetra que atende no município; as gestantes de risco intermediário devem ser atendidas tanto pela equipe de ESF como pelo obstetra desde o início da gestação; as gestantes de alto risco devem ser atendidas tanto pela equipe de ESF como pela referência de alto risco.

Na prática, estamos com dificuldade de acompanhamento das gestantes de alto risco conforme foi definido e estão sendo acompanhadas pela equipe e pelo obstetra no risco intermediário, apesar de terem sido encaminhadas para o alto risco pela nossa médica, mas assim que o ACS comunicou esse fato, as gestantes foram encaminhadas novamente para o pré-natal de alto risco.

O único registro de gestantes existente na unidade é feito pelo ACS, não há contra referência do obstetra, mas a equipe pode ter acesso através do prontuário eletrônico; já o monitoramento desta gestante está ocorrendo apenas através da visita do ACS, assim como a busca ativa das faltosas.

Em relação à Prevenção do Câncer do colo de útero e controle do câncer de mama, estamos usando o Caderno de Atenção Básica nº 13. Até a minha chegada, tínhamos apenas um dia de consulta de enfermagem para a coleta do exame do citopatológico, pois anteriormente era um enfermeiro e as mulheres se recusavam a fazer o exame com ele. Já ampliei o atendimento para três dias na UBS, sendo que um dia será nos dois períodos e a cada 15 dias será no ponto de apoio Colônia Nova, já que no Alto Empossado é uma escola e na Linha Lambari ainda não foi instalada energia elétrica. A ampliação dos dias para a coleta de citopatológico não interferiu nos outros atendimentos, pois o enfermeiro até então atendia apenas à demanda espontânea na unidade. A única forma de registro é um caderno com os resultados de exames de coleta do citopatológico e da mamografia.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, os mesmos estão sendo atendidos na demanda espontânea e não está sendo feita a estratificação de risco. A consulta médica está limitada à troca de receita, que até então era renovada a cada seis meses e, a partir de 2014, será a cada 4 meses. Infelizmente, até o próprio profissional está vendo as consultas desta maneira e os pacientes já chegam à unidade dizendo que só querem trocar a receita e que não precisa de uma consulta para isso. Tenho orientado que na consulta é feito muito mais do que renovar a receita, mas eles não aceitam muito bem. Nas reuniões de grupo, são

ministradas palestras educativas, com aferição de pressão arterial, peso, feito hemoglicoteste e entregues os medicamentos tanto para os hipertensos como para os diabéticos que participavam das reuniões. O município decidiu que para reduzir custos não irá mais fornecer os medicamentos que são entregues pela farmácia popular e quando e os ACS foram informados eles foram taxativos em dizer que sem medicação nem adianta fazer reunião que os pacientes não irão.

Em relação aos idosos, a única ação organizada são as visitas domiciliares aos idosos acamados e estes atendimentos são registrados em um livro ata. Os demais idosos são atendidos na demanda espontânea e nem sequer estavam tendo prioridade no atendimento, pois as senhas eram entregues por ordem de chegada. Já estabeleci que o atendimento deverá seguir por ordem de prioridade, ou seja, idosos, crianças e gestantes terão prioridades no atendimento.

Nossa equipe tem um grande desafio pela frente, pois teremos de começar do zero, inclusive em sensibilizar a nossa gestão para a melhoria e organização dos processos de trabalho. Pelo preenchimento do caderno de ações programáticas que serviu de base para este relatório de análise situacional, pude perceber que o trabalho está bem precário no que se refere às ações que deveríamos desenvolver enquanto equipe ESF e o quanto temos que organizar o nosso processo de trabalho a fim de oferecer uma assistência de qualidade à população.

Além disso, a nossa equipe está inserida no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e descobri que tinha ACS que nem sabia o que era o programa, assim como a médica não sabia que estávamos inseridos no PMAQ e que teríamos avaliação externa em janeiro de 2014. Assim, vejo que temos um caminho a perseguir para que possamos desenvolver um bom trabalho.

Será também um grande desafio fazer com que a comunidade entenda a importância destas mudanças e a sensibilização do nosso gestor, pois sem a sua participação continuaremos com o foco na saúde curativa e não na saúde preventiva. Já comecei a modificar alguns aspectos na minha unidade de saúde em decorrência da aplicação dos questionários, como a sensibilização da equipe para a organização do processo de trabalho, o atendimento por prioridades e não mais por ordem de chegada, agendamento dos grupos prioritários e aumento do número de consultas de enfermagem.

### **1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o texto inicial com o relatório da análise situacional, percebo que a equipe está comprometida em fazer as mudanças necessárias no processo de trabalho para nos adequar ao que o Ministério da Saúde preconiza.

O nosso principal desafio será sensibilizar os gestores que ainda estão mais preocupados em reduzir gastos, ou seja, eles não estão tendo o entendimento que é melhor trabalhar com a promoção e prevenção do que depois gastar com a doença. Já a nossa equipe desde o início entendeu a importância de estarmos nos adequando ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde e algumas ações que são prioritárias já estão sendo colocadas em prática como: agendamento para atendimento de alguns grupos prioritários (gestantes, crianças, idosos, hipertensos e diabéticos), implantação das fichas espelho para o acompanhamento de crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e das mulheres para a coleta do citopatológico e mamografia, maior oferta de consulta de enfermagem para atender a demanda gerada pela busca ativa das mulheres para a coleta do citopatológico.

Em relação aos gestores, percebo que ainda não estão sensibilizados o suficiente para ver a Estratégia de Saúde da Família como principal estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer a Atenção Básica, sendo ordenadora e reguladora da rede de atenção à saúde do SUS. Ainda existe uma mentalidade de muitos voltada para a saúde curativa e isto se reflete no processo de trabalho das equipes de ESF. Portanto, é preciso que os gestores estejam sensibilizados sobre essa nova ótica, assim como a nossa população seja orientada.

Em relação ao controle social, também estamos articulando com a comunidade para reestruturar o Conselho Local de Saúde.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

A importância epidemiológica do câncer e sua magnitude social, as condições de acesso da população à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta uma atenção integral à população. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários (BRASIL, 2013).

No Brasil, em 2011, o câncer de colo de útero representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres. A estimativa de mortalidade para 2014 é de 4,19 casos por 100 mil mulheres na região sul do Brasil (INCA, 2014). Já o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. A estimativa de novos casos é de 57.120 e a mortalidade por câncer de mama foi de 13.225 mulheres em 2011 (INCA, 2014).

É de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, como o acesso à rede de serviços quantitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país, inclusive no Paraná. Dessa forma, esta é uma ação programática que visa aumentar a cobertura do programa de prevenção e controle dos cânceres de colo de útero de mama e está diretamente relacionada

com a Política Nacional cujo objetivo é ampliar e implementar a prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013).

A população alvo em nossa área de abrangência é de 531 mulheres de 25 a 64 anos de idade e 230 mulheres de 50 a 69 anos de idade. Infelizmente, há pouca adesão destas mulheres ao programa de prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e de mama.

A análise inicial mostrou que a cobertura para o controle do câncer de colo de útero era 10% e para o câncer de mama era de 8%. Outro dado importante é que apenas 38% das mulheres de 25 a 64 estão com o exame citopatológico em dia e 39% das mulheres de 50 a 69 estão com a mamografia em dia.

O nosso problema principal não está na qualidade do serviço oferecido, mas sim no acesso ao serviço para estas mulheres, pois nossa população vive em comunidades rurais e apenas quatro comunidades tem atendimento em pontos de apoio, enquanto a nossa área de abrangência é composta por nove comunidades.

Além disso, não há como marcar o exame citopatológico todos os dias, já que a equipe está apenas um dia por semana em cada unidade básica de saúde e nas outras comunidades apenas uma vez ao mês para coletar o exame citopatológico e isto acaba limitando os dias em que as mulheres podem realizar o exame. As únicas ações realizadas até o momento são palestras educativas sobre prevenção do câncer do colo do útero e de mama, mas a adesão das mulheres na faixa etária é muito insignificante comparado com a nossa população alvo.

Algumas ações nesta área programática, como a organização de um registro específico das mulheres no programa em cada unidade básica de saúde, não acontecem por falta da organização da própria equipe, ou seja, da falta de sensibilidade da equipe sobre a importância desta ação programática. A principal dificuldade será convencer as mulheres que nunca realizaram a coleta do citopatológico e a mamografia, pois a questão cultural é muito forte em nossa população, ou seja, muitas pensam que não há necessidade de fazer esses exames, já que nunca apresentaram problemas.

A nossa principal limitação será o fato de não oferecer a coleta do citopatológico todos os dias na UBS, mas isso não significa que as metas propostas não serão atingidas. Essa foi a principal razão para que neste projeto de intervenção a meta estabelecida foi aumentar a cobertura para 20%, pois esta será uma meta difícil de ser alcançada.

Apesar das dificuldades e limitações que vivenciamos e, por ser tratar de um assunto de grande relevância para a saúde da população alvo, vale apenas o esforço de buscar melhorar a cobertura desta área programática, que atualmente é tão insignificante quando comparamos com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. É possível a viabilização desta intervenção, visto que ações como: busca ativa das mulheres, registro específico para o controle da cobertura do programa, entre outras ações, não estão sendo realizadas não por falta de conhecimento, mas sim de sensibilização da própria equipe em relação à importância desta ação programática para a saúde da população alvo.

O principal aspecto que será melhorado com essa intervenção com certeza será o aumento da cobertura da prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e de mama e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade da atenção à saúde focada na prevenção e não em cuidados paliativos, ou seja, vamos trabalhar com a prevenção para mais tarde não precisar tratar a doença.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

- Melhorar a detecção de câncer de colo de útero e de mama na UBS de Santa Lúcia em Dois Vizinhos-PR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas:**

**Objetivo 1:** Ampliar cobertura de detecção precoce do câncer do colo de útero e do câncer de mama

- **Meta 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade para 20%.
- **Meta 2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama em mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 20%.

**Objetivo 2:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia

- **Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer do colo uterino e da mama na unidade de saúde

- **Meta 4:** Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações

- **Meta 5:** Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

- **Meta 6:** Realizar avaliação de risco em 100% das mulheres nas faixas etárias – alvo.

**Objetivo 6:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

- **Meta 7:** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama

## 2.3 Metodologia

Inicialmente foi realizada uma análise situacional das ações programáticas e do serviço prestado pela unidade básica de saúde Santa Lúcia. De posse das informações e dados, analisamos a área programática que necessita de intervenção, sendo o nosso foco de ação a atenção à saúde da mulher, com ênfase na prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Para aprimorar esta ação

programática, descreveremos a seguir as ações a serem realizadas com detalhamento.

### **2.3.1 Ações**

No eixo de monitoramento e avaliação, as ações a serem desenvolvidas são as seguintes:

Ação: monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade.

Detalhamento: cadastrar todas as mulheres desta faixa etária, fazer busca ativa através do ACS e captação das mulheres pela técnica de enfermagem na unidade básica de saúde. O cadastramento das mulheres será realizado pela enfermeira e técnica de enfermagem na UBS.

Ação: monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade periodicamente.

Detalhamento: cadastrar todas as mulheres desta faixa etária, fazer busca ativa através do ACS e captação das mulheres pela técnica de enfermagem na unidade básica de saúde. O cadastramento das mulheres será realizado pela enfermeira e técnica de enfermagem na UBS.

Ação: monitorar os resultados de todos os exames para detecção do câncer de colo de útero e de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista no protocolo adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: manter um registro atualizado de cada mulher cadastrada no programa, monitorar mensalmente a periodicidade de ambos os exames. O registro será monitorado pela técnica de enfermagem e enfermeira.

Ação: monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: mantendo o registro com as informações atualizadas destas mulheres. O registro será monitorado pela técnica de enfermagem e enfermeira.



Ação: monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Detalhamento: procurar em todas as consultas de enfermagem abordar a questão de DSTs, alimentação saudável e fatores de risco para ambos os cânceres e abordagem coletiva nas palestras educativas nas comunidades que fazem parte da área de abrangência.

Ação: monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

Detalhamento: monitoramento será através dos resultados dos exames onde será anotado se o exame está com amostra satisfatória ou não. O monitoramento dos resultados será realizado pela enfermeira.

Ação: monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: o monitoramento será realizado tanto pelo o enfermeiro como pelo técnico de enfermagem que estará acompanhando os registros semanalmente nestes quatro meses de intervenção.

No eixo de organização e gestão do serviço, as ações a serem desenvolvidas são:

Ação: acolher e cadastrar todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino e acolher e cadastrar todas as mulheres de 50 a 69 anos que demandem a realização de mamografia na unidade de saúde.

Detalhamento: captar todas as mulheres de 25 a 69 anos que vão até a unidade de saúde para cadastrar e agendar as que estão com ambos os exames atrasados. A captação das mulheres será realizada tanto pelo profissional enfermeiro como pelo médico e o técnico de enfermagem.

Ação: facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia, acolher todas as mulheres que procuram a UBS para saber o resultado de ambos os exames.

Detalhamento: deixando disponível para as mesmas assim que o resultado chega à unidade de saúde e os mesmos são entregues pela técnica de enfermagem na unidade de saúde e em visita domiciliar pelo ACS.

Ação: organizar visita domiciliar para busca ativa de mulheres faltosas.

Detalhamento: as visitas serão realizadas pelo ACS e enfermeiro quando as mulheres se mostrarem resistentes em fazer os exames. As visitas serão realizadas pelo enfermeiro toda terça feira pela manhã.

Ação: organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

Detalhamento: as mulheres serão agendadas de acordo com o cronograma de coleta de citopatológico nas comunidades e UBS.

Ação: definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: o profissional enfermeiro ficou responsável de fazer a leitura dos exames logo que os mesmos chegam às unidades. Após a leitura, o mesmo fica responsável por lançar na ficha de espelho e agendar consulta médica caso seja necessário.

Ação: identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero de mama e estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para ambos os cânceres.

Detalhamento: após identificação das mulheres de maior risco pelo ACS em visita domiciliar e técnico de enfermagem na UBS. O profissional enfermeiro fica responsável para acompanhar estas mulheres de maior risco mensalmente.

Ação: organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames e definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Detalhamento: o arquivo será organizado através das fichas de espelho fornecidas pelo curso sendo que as mesmas serão organizadas por ordem alfabética e ficará

disponível na recepção de UBS. O enfermeiro ficará responsável para monitorar a adequabilidade das amostras de exames coletados.

Ação: implantar registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o registro será feito através da ficha de espelho, cada um que tiver captado a mulher será responsável para registrar as informações e o monitoramento ficará sob a responsabilidade do enfermeiro e técnico de enfermagem.

No eixo de engajamento público, as ações a serem desenvolvidas são as seguintes:

Ação: esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade e esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino.

Detalhamento: o esclarecimento à comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência.

Ação: esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade e esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do auto – exame das mamas e a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência.

Ação: informar a comunidade sobre importância de realização do exame para a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama e do acompanhamento regular.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de

abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem e visita domiciliar do ACS.

Ação: ouvir a comunidade sobre as estratégias para não ocorrer evasão das mulheres.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem e visita domiciliar do ACS.

Ação: esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização dos exames e compartilhar com as usuárias e a comunidade condutas esperadas para que possam exercer o controle social e informar as mulheres e comunidade sobre o tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem, visita domiciliar do ACS e na consulta de enfermagem pela enfermeira.

Ação: esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer do colo do útero e de mama.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem, visita domiciliar do ACS e na consulta de enfermagem pela enfermeira.

Ação: estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pelo enfermeiro nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem, visita domiciliar do ACS e na consulta de enfermagem pela enfermeira.

Ação: ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero de mama.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizada pela enfermeira nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem e visita do ACS.

Ação: incentivar na comunidade para: o uso de preservativos, a não adesão de tabaco, álcool e drogas, a prática de atividade física regular e os hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pela enfermeira nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem e visita do ACS.

Ação: compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados.

Detalhamento: o esclarecimento a comunidade será realizado através de palestras educativas realizadas pela enfermeira nas 10 comunidades pertencentes à área de abrangência, sala de espera na unidade básica de saúde pela técnica de enfermagem, visita do ACS e consulta de enfermagem.

Ação: esclarecer as mulheres sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Detalhamento: durante a consulta de enfermagem, as mulheres serão orientadas sobre os registros de saúde que são realizados na unidade e da possibilidade de resgate destas informações.

No eixo de qualificação da prática clínica, as ações a serem desenvolvidas são as seguintes:

Ação: capacitar a equipe da UBS no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: Capacitar à equipe da unidade de saúde quanto à periodicidade de realização do exame citopatológico de colo de útero.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos idade.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar à equipe da unidade de saúde quanto à periodicidade e a importância da realização da mamografia.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

Detalhamento: será colocada em cada unidade de saúde uma cópia do protocolo que será utilizado na intervenção.

Ação: capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para realização de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

Ação: treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações.

Detalhamento: através de capacitação realizada pela enfermeira em reuniões da equipe.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade para 20%

**Indicador 1:** Proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 a 64 anos cadastradas com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 20%

**Indicador 2:** Proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 a 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame citopatológico alterado.

**Indicador 3:** Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico do colo de útero alterado.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico do colo do útero alterado.

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame citopatológico alterado

**Indicador 4:** Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico alterado e não retornaram para conhecer o resultado.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico alterado que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico alterado.



**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram o exame citopatológico alterado

**Indicador 5:** Proporção de mulheres com citopatológico alterado que não retornaram à unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com citopatológico alterado que não retornaram à unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com citopatológico alterado que não retornaram à unidade de saúde.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram a mamografia alterada

**Indicador 6:** Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada.

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada.

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram a mamografia alterada

**Indicador 7:** Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada e não retornaram para conhecer o resultado.

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com mamografia alterada.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram mamografia alterada.

**Indicador 8:** Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

**Meta 4:** Obter 100% das amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Indicador 9:** Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico do colo do útero.

**Meta 5:** Obter 100% de registros adequados de exame citopatológico de colo de útero.

**Indicador 10:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo do útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 a 64 anos cadastradas no programa.

**Meta 5:** Obter 100% de registros adequados de exame de mamas e mamografias.

**Indicador 11:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

Numerador: Número de registros adequados do exame de mamas e mamografia.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

**Meta 6:** Avaliar 100% das mulheres entre 25 a 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

**Indicador 12:** Proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 a 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero (dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Denominador: Número total de mulheres entre 25 a 64 anos cadastradas no programa.

**Meta 6:** Avaliar 100% das mulheres entre 50 a 69 anos para o risco do câncer de mama.

**Indicador 13:** Proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 a 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

**Meta 7:** Orientar 100% das mulheres entre 25 a 64 anos em relação as DSTs

**Indicador 14:** Proporção de mulheres de 25 a 64 anos orientadas sobre DST.

Numerador: Número de mulheres de 25 a 64 anos que foram orientadas sobre DST.

Denominador: Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

**Meta 7:** Orientar 100% sobre os fatores de risco para o câncer do colo de útero.

**Indicador 15:** Proporção de mulheres de 25 a 64 anos orientadas sobre fatores de risco para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres de 25 a 64 anos que foram orientadas sobre fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

**Meta 7:** Orientar 100% das mulheres de 50 a 69 anos sobre os fatores de risco para câncer de mama.

**Indicador 16:** Proporção de mulheres de 50 a 69 anos orientadas sobre fatores de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres de 50 a 69 anos que foram orientadas sobre fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Prevenção e Controle dos Cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha A e a ficha de espelho fornecida pelo curso. Com a intervenção pretendemos aumentar a nossa cobertura em 20%.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe das UBS, assim a intervenção começará com a capacitação da equipe sobre o que preconiza o Caderno de Atenção Básica que trata sobre o Controle dos cânceres de colo de útero e de mama, para que toda a equipe utilize esta referência para acolher, cadastrar, monitorar e avaliar o programa. Além disso, os ACS e técnicos de enfermagem serão capacitados para fazer o acolhimento, cadastramento e monitoramento, conhecer a periodicidade dos exames de acordo com o protocolo, o registro adequado das informações, prevenção de DSTs, entre outros assuntos relacionados com a intervenção. Esta capacitação ocorrerá durante as reuniões da equipe que ocorrem no prédio da Coordenação da Atenção Básica, pois nossas UBS ficam muito distantes uma das outras, além disso, temos ACS que não estão vinculados às UBS da nossa área de abrangência.

Em relação ao cadastramento das mulheres de 25 a 64 anos para o exame citopatológico e das mulheres de 50 a 69 anos para a mamografia, os mesmos serão realizados tanto no domicílio pelo ACS como na UBS pelas técnicas de enfermagem, através da ficha A. Após isso, os dados serão transportados para a ficha de espelho para monitorar e avaliar a cobertura.

O acolhimento será realizado na UBS tanto pelas técnicas de enfermagem como pelo profissional enfermeiro. Em relação às visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas, elas serão realizadas pelo ACS e, caso haja alguma resistência por parte da mulher, o enfermeiro já reservou as terças feiras pela manhã para fazer visita com o ACS.

Em relação à organização da agenda, já estão definidos os dias para a coleta do citopatológico do colo de útero e o fornecimento de requisição para mamografia, para atender as quatro UBS, inclusive as nove comunidades rurais. O cronograma será da seguinte forma: a coleta do citopatológico e o fornecimento de requisição para mamografia ficou agendado para 1ª e 4ª quarta feira do mês pela

manhã, segunda e sexta feira à tarde, 2ª e 3ª sexta feira do mês pela manhã e na 1ª e 3ª quinta do mês pela manhã.

Em relação ao responsável pela leitura dos exames, ficou o profissional enfermeiro que receberá e avaliará os resultados e após o registro e dependendo do resultado a mulher será encaminhada para a consulta de enfermagem ou com o profissional ginecologista. Caso o resultado tenha resultado normal, a entrega será feita pelo técnico de enfermagem ou ACS após os registros no prontuário e nas fichas específicas. O registro será realizado tanto pelo enfermeiro com técnico e ACS.

Em relação à identificação das mulheres de maior risco para os cânceres de colo de útero e de mama, fica sob a responsabilidade de toda a equipe, pois quem identificar primeiro fica responsável para cadastrar e repassar para o técnico de enfermagem para fazer o monitoramento e, posteriormente, o enfermeiro fazer a avaliação.

Em relação ao monitoramento e avaliação da cobertura, do resultado e adequabilidade do exame citopatológico, fica sob a responsabilidade do enfermeiro e será realizada mensalmente, e monitoramento da periodicidade dos exames previstos no protocolo será realizado pelo ACS e pelo técnico de enfermagem.

O monitoramento periódico dos registros de todas as mulheres acompanhadas pela equipe será realizado tanto pela enfermeira como pelas técnicas de enfermagem.

Em relação ao esclarecimento da comunidade sobre a importância da realização dos exames e a periodicidade de ambos, será realizado através de palestras educativas nas 09 comunidades pertencentes à área de abrangência, onde o profissional enfermeiro fará as palestras que serão realizadas nas quartas feiras à tarde. Além disso, serão realizadas salas de espera pela técnica de enfermagem nas UBS para esclarecer a comunidade sobre a importância dos exames e a periodicidade adequada de ambos os exames. Durante estas palestras e salas de espera, a comunidade também será informada dos nossos indicadores atuais, fatores de riscos e sinais de alerta para o câncer de colo de útero de mama, além de trabalhar a questão do uso do preservativo e da adoção de hábitos saudáveis.





### **3 RELATORIO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

A capacitação da equipe que, apesar de não ter seguido o cronograma estabelecido no projeto, foi realizada. Tivemos quatro capacitações com a equipe e as mesmas foram realizadas na primeira semana de intervenção nestes encontros foram trabalhados todos os assuntos pertinentes para podermos colocar a intervenção na prática. A dificuldade que tive para colocar em prática é que na época estava com um ACS de atestado e sem a técnica de enfermagem na equipe, portanto no mês de fevereiro tive que novamente capacitar as duas que não estavam na equipe naquele momento.

O papel de cada membro da equipe foi estabelecido na ação programática e não tive dificuldades quanto a isso, pois desde o início do projeto eles me apoiaram para que tudo fosse organizado e colocado em prática.

Não havia registro específico para o acompanhamento das mulheres cadastradas na UBS até o momento. A principal dificuldade que tive para essa implantação é que não houve apoio financeiro para implantar a ficha espelho. Infelizmente a resposta que tive do meu gestor é que a prefeitura estava cortando gastos e que no momento não seria possível fornecer estas fichas espelho, portanto tive que arcar com esta despesa.

Para o cadastramento das mulheres de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos no programa, a principal dificuldade foi que cinco dos seis ACS da equipe tiveram férias no primeiro mês da intervenção, o que acabou dificultando a divulgação e busca ativa destas mulheres para serem cadastradas no programa.



A agenda foi organizada para atender as mulheres provenientes da busca ativa. A dificuldade que tive é que a busca ativa começou efetivamente a partir do segundo mês da intervenção, pois a maioria dos ACS estava de férias. Outra dificuldade que tive com a agenda foi a alteração nos dias disponíveis para a coleta dos exames, pois no primeiro mês, tivemos o atendimento reduzido devido às férias coletivas, já que todos os funcionários da prefeitura que tem direito a férias tiram no mês de janeiro. Além disso, como tivemos o concurso público em 2013 apenas os funcionários que não tinham férias vencidas trabalharam em janeiro de 2014.

Durante toda a intervenção, tive que fazer alteração nos dias dos exames devido à alteração nos dias de atendimento médico na UBS. Além disso, ainda temos os dias de atendimento nos pontos de apoio, onde a equipe tem que se deslocar para atender nas comunidades mais distantes.

Outra dificuldade foi com o dia da consulta de enfermagem para as mulheres provenientes da busca ativa que teve alteração mais de uma vez, considerando os dias em que eu estava disponível para esse atendimento.

Todas as mulheres que foram cadastradas nestes quatro meses foram avaliadas quanto ao risco para ambos os cânceres e desde o início está sendo feito o monitoramento da intervenção.

As ações previstas no projeto e que foram parcialmente realizadas foram as visitas domiciliares, que só começaram a ser realizadas na metade da intervenção, logo não conseguimos atingir todas as mulheres que necessitariam de visitas nestes quatro meses de intervenção.

A principal dificuldade encontrada na realização desta intervenção foi que o próprio ACS achava que não adiantava visitar as mulheres que estavam resistentes em fazer os exames. Em alguns casos que visitei, realmente elas continuaram com a recusa em fazer os exames, mas teve situações em que as mulheres não faziam os exames por falta de informação, consciência da sua importância e por dificuldades de acesso até o local de realização do exame.

A divulgação da intervenção na área de abrangência apesar de ter ficado definido que seria feita através de palestras educativas em todas as comunidades que fazem parte da nossa área, apenas 50% destas comunidades foram alcançadas por estas palestras. Nossa principal dificuldade nesta ação foi conseguir sensibilizar a população para comparecer às

palestras. A saída foi divulgar a intervenção através de sala de espera na UBS, participação da reunião da escola com os pais, divulgação através das visitas domiciliares da equipe, principalmente do ACS que visita uma vez por mês cada família de sua microárea, e ação em conjunto com a equipe do NASF, que nos ajudou a divulgar a intervenção através de reuniões com o clube de mães em algumas comunidades onde estes clubes estão atuantes. Mesmo assim, penso que uma divulgação melhor poderia ter dado um resultado mais satisfatório ao final da intervenção, ou seja, mais mulheres poderiam ter sido alcançadas pela intervenção.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Ao analisar as ações previstas, acredito que não tivemos nenhuma ação que foi planejada e não realizada, pois, apesar de algumas ações terem ocorrido apenas parcialmente, elas não deixaram de ser realizadas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Como tivemos dificuldades com a implantação do SISCAN no nosso município, os exames feitos nos últimas semanas retornaram ao município sem o laudo do laboratório que, pois tinham que ser lançados no sistema para que o laudo fosse liberado, do contrário o laboratório não receberia pelo serviço prestado. Para isso, os profissionais tiveram que ser cadastrados e capacitados no sistema e isso atrasou o envio dos exames e o recebimento dos resultados, o que interferiu na coleta e sistematização dos dados da intervenção.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A maior parte das ações previstas na intervenção já está incorporada na rotina da Unidade de Saúde.

A nossa maior dificuldade continua sendo vencer a resistência das mulheres em fazer ambos os exames. Esta situação ocorre por vários motivos, entre eles estão a questão cultural, que é muito forte na população que vive no

meio rural, pois tem vergonha de fazer o exame, medo de descobrir que tem a doença, acham que não adianta fazer os exames e algumas mulheres chegaram a me dizer que é “melhor não mexer no que está quieto”, “que é bobagem fazer já que nunca sentiram nada”. Outro motivo é a questão social e a baixa escolaridade, pois a maioria destas mulheres tem até quatro anos de estudos e muitas são analfabetas. Além disso, há na comunidade uma descrença em relação ao resultado dos exames, pois houve um caso de câncer de mama que não foi detectado apesar da paciente fazer anualmente o exame.

Além disso, há dificuldade de acesso para fazer os exames, pois a mamografia é feita em outro município e a coleta do citopatológico não é feita em todos os locais de atendimento por falta de estrutura. Existe ainda falta de transporte público para as comunidades que ficam longe da UBS e, em algumas situações, seria mais viável as mulheres irem até a unidade central do município, mas o enfermeiro desta unidade não faz coleta deste exame.

## **4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

A intervenção buscou melhorar a Atenção à Saúde da Mulher com enfoque no Programa de Controle e Prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. Na área de abrangência da UBS existem 530 mulheres de 25 a 64 anos e 230 mulheres de 50 a 69 anos. O objetivo da intervenção nestes 4 meses era de melhorar a cobertura de detecção precoce do câncer do colo de útero e o da mama. Ao final da intervenção 28,6% das mulheres de 25 a 64 anos participaram da intervenção e 28,2% das mulheres de 50 a 69 anos participaram da intervenção.

Ao iniciar a intervenção havia apenas o registro de 64 mulheres que tinham realizado o exame do citopatológico em 2013 e apenas o registro de 24 mulheres que tinham feito mamografia no ano de 2013. Dos anos anteriores não havia registro algum.

Ao longo destes quatro meses, o número de mulheres que realizaram ambos os exames ficou acima de 100% em relação ao ano de 2013, ou seja, em quatro meses foram realizados mais exames citopatológicos e mamografias do que durante os 12 meses do ano de 2013. Um dos motivos desse grande aumento foi o fato de que anteriormente o profissional era um enfermeiro e as mulheres da área de abrangência de recusavam a coletar o citopatológico por ele ser um homem. Em relação à mamografia, foi o fato do exame passar a ser realizado em outra cidade que fica há 40km do município.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer do colo do útero.

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer do colo do útero das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade para 20%.

**Indicador 1:** Proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero.

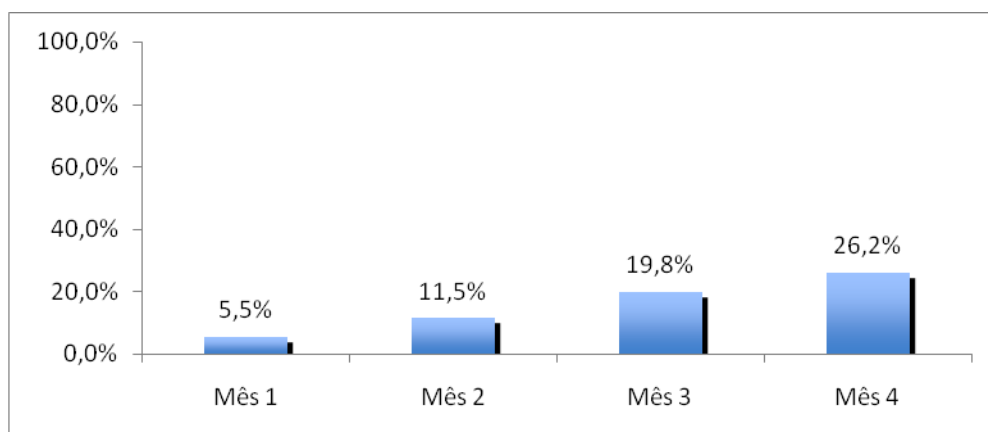


Figura 1: proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero na UBS de Santa Lúcia.

Fonte: Planilha de coleta de dados

O gráfico mostra que 26,2% das mulheres da área de abrangência estão em dia com o exame de detecção precoce do câncer colo do útero ao final da intervenção. No primeiro mês, foram atendidas 29 mulheres, o que representa 5,5% das mulheres da nossa área de abrangência; no segundo mês, tivemos 61 mulheres atendidas, o que representa 11,5%; no terceiro mês, foram 105 mulheres, o que representa 19,8%, e no último mês de intervenção tivemos 139 mulheres atendidas, que representa 26,2% das mulheres da área de abrangência, que possui 531 mulheres nesta faixa etária.

A ação que mais colaborou foi sem dúvida a busca ativa realizada pelo ACS durante as suas visitas e a captação das mulheres no consultório médico. O que mais dificultou foi a questão cultural, ou seja, a resistência das mulheres em querer realizar o exame.

Em relação à meta proposta pela intervenção, a mesma foi atingida, já que o objetivo da intervenção era aumentar a cobertura para 20% e ao final foi

atingido 26,2%. Ao longo destes quatro meses, a cobertura em relação ao ano interior foi superior a 100%.

Tivemos várias dificuldades que impediram que a cobertura alcançada fosse ainda maior, como: férias dos ACS no primeiro mês de intervenção, o que dificultou a busca ativa das mulheres para intervenção; o enfermeiro tendo que substituir férias de outro enfermeiro; no primeiro mês de intervenção, a unidade funcionou apenas dois dias e meio; o profissional enfermeiro teve que assumir a função do técnico de enfermagem porque estávamos sem o profissional na equipe, tendo menos tempo para a consulta de enfermagem; alguns pontos de atendimento sem condições para a coleta do citopatológico.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama.

**Meta 2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 20%.

**Indicador 2:** Proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero.

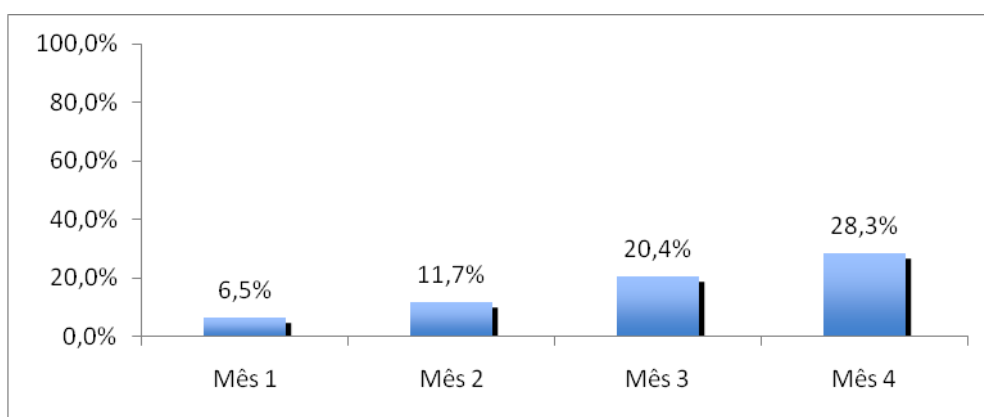


Figura 2: proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama na UBS de Santa Lúcia.

Fonte: planilha de coleta de dados.

Pelo gráfico, podemos observar que iniciamos no primeiro mês com 15 mulheres com exame em dia para detecção precoce para câncer de mama, que representa 6,5%. No segundo mês, 27 mulheres, o que representa 11,7%, no terceiro e quarto mês foram 47 e 65 mulheres, respectivamente, atingindo no quarto mês intervenção 28,3% das 230 mulheres da área de abrangência. Portanto, a meta estabelecia de aumentar a cobertura para 10% foi superada.

A ação que mais colaborou foi, sem dúvida, a busca ativa realizada pelo ACS durante as suas visitas e a captação das mulheres no consultório médico. O que mais dificultou foi a resistência das mulheres em realizar o exame, devido ao fato do mesmo ter que ser realizado em outro município, além da descrença em relação ao resultado do exame, pois houve um caso de câncer de mama que não foi diagnosticado, mesmo a paciente fazendo a mamografia anualmente e, quando diagnosticado, a paciente já estava com câncer em estágio avançado.

**Objetivo 2:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado do citopatológico do colo do útero.

**Indicador 3:** Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.

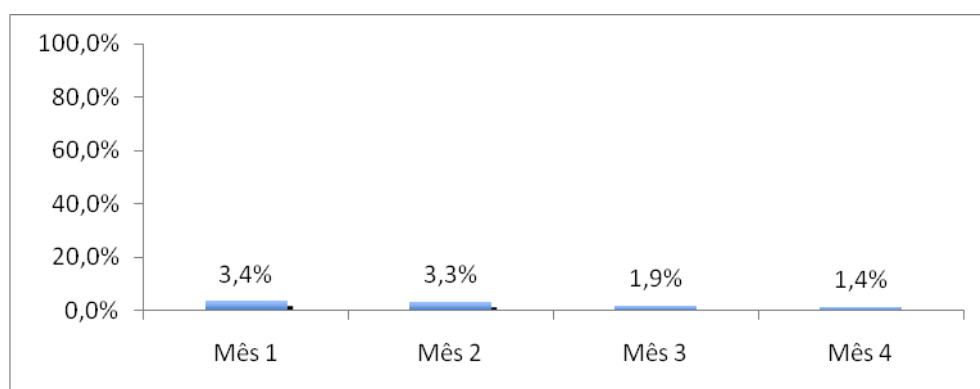


Figura 3: proporção de mulheres com exame citopatológico alterado na UBS de Santa Lúcia.

Fonte: planilha de coleta de dados.

Ao longo da intervenção, tivemos apenas dois casos de alterações e apenas um deles precisou ser encaminhado para o CEONC (Centro de Especialidade Oncológica). A maior preocupação neste resultado é que possivelmente tenhamos mais casos de mulheres com alterações, pois temos um grande número de mulheres que nunca realizou o exame. Além disso, a questão cultural foi a nossa principal dificuldade de detectar mais casos de alterações, visto que temos muitas mulheres que nunca fizeram este exame e se recusam terminantemente a fazer, mesmo com as visitas realizadas pela equipe (ACS, médico e enfermeiro).

No primeiro mês, tivemos um caso de citopatológico alterado o que representa 3,4% das mulheres com exame em dia (29); no segundo mês da intervenção, tivemos dois casos, sendo que um deles era o mesmo do primeiro mês e representa 3,3% (61) e, nos últimos dois meses, permaneceram os mesmos casos.

Como tivemos apenas dois casos com alterações, não tivemos problemas com mulheres que não retornaram para conhecer o resultado. Também não tivemos casos de mulheres que não retornaram para receber o resultado de exame citopatológico.

Em nosso município temos o seguinte fluxo: os resultados dos exames coletados retornam para a UBS e, após os registros necessários, é o ACS que leva o exame para a paciente no domicílio e, caso haja necessidade de consulta dependendo do resultado, o ACS já comunica para que a data que a consulta está agendada. Somente é agendado quando há necessidade de consulta devido a distância das comunidades rurais em relação à unidade de saúde e a dificuldade de acesso por falta de transporte público.

**Objetivo:** Melhorar a adesão das mulheres à realização da mamografia.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exames alterados.

**Indicador 4:** Proporção de mulheres com mamografia alterada.

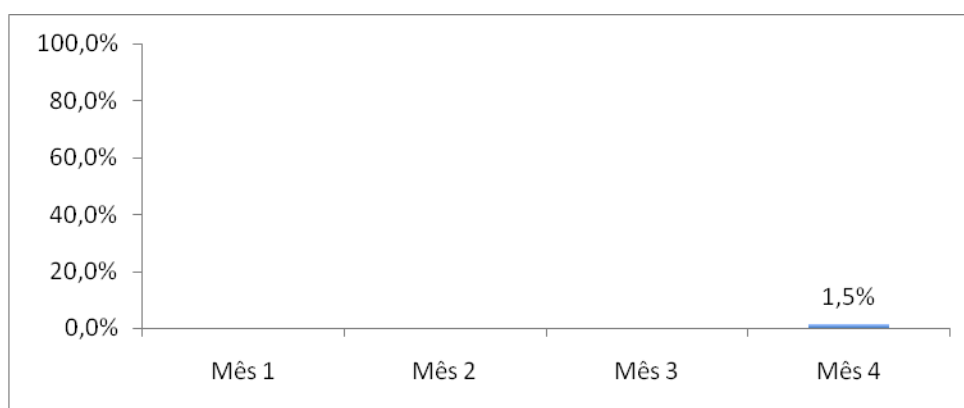


Figura 4: proporção de mulheres com mamografia alterada na UBS de Santa Lúcia.  
Fonte: planilha de coleta de dados

Ao longo da intervenção, tivemos apenas um caso de alteração de exame de mamografia. Como o exame já é realizado no CEONC, a paciente já teve início ao tratamento.



**Objetivo:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero.

**Meta 4:** Obter 100% de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Indicador 5:** Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

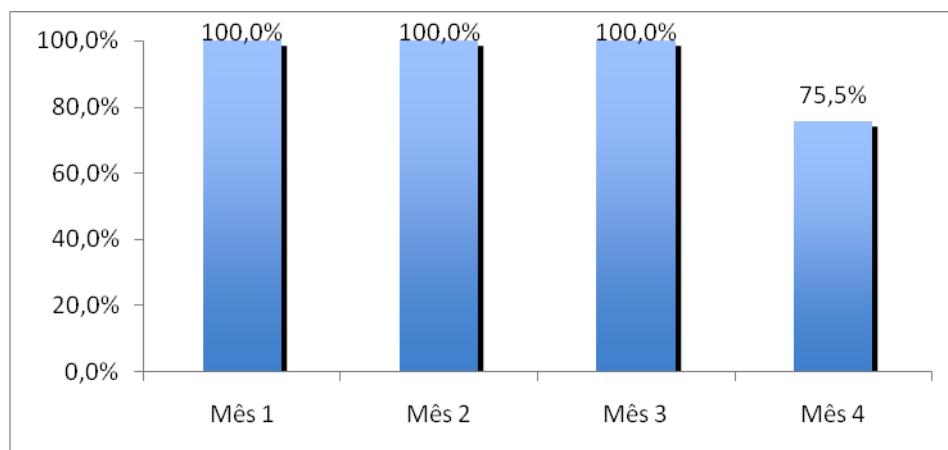


Figura 5: proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero na UBS de Santa Lúcia.

Fonte: planilha de coleta de dados.

Pelo gráfico, ao longo dos quatro meses, podemos observar que a proporção de mulheres com amostras satisfatórias nos três primeiros meses da intervenção foi de 100%, com os respectivos números 29, 61, 105 e, no 4º mês de intervenção, ficou em 75%, visto que 34 exames coletados neste último mês de intervenção ainda não chegaram à unidade. Não tivemos mais resultados devido a problemas de implantação e treinamento dos enfermeiros para utilizar o SISCAN.

A ação que facilitou com certeza foi o cuidado que o enfermeiro teve ao coletar os exames. A principal dificuldade em atingir a meta proposta foi o atraso no resultado dos exames devido a problemas com o SISCAN.

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 5:** Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino em 100% das mulheres cadastradas no programa na unidade de saúde.

**Indicador 6:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

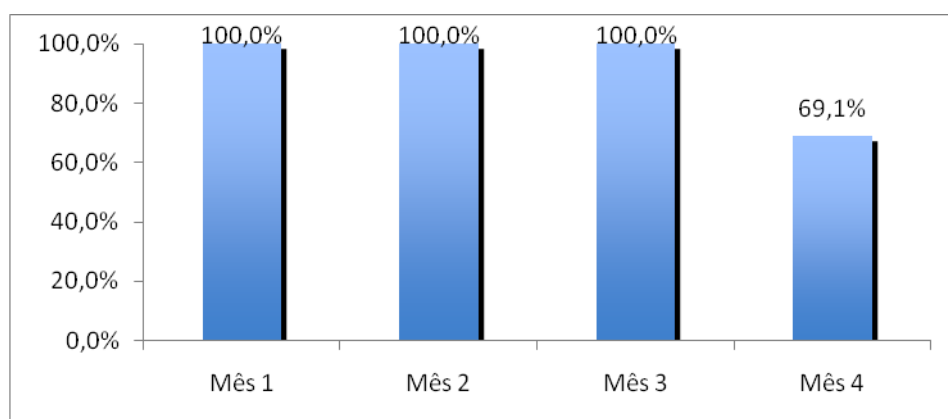


Figura 6: proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero na UBS de Santa Lúcia.

Fonte: planilha de coleta de dados

Pelo gráfico, ao longo dos quatro meses podemos observar que a proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico nos três primeiros meses da intervenção foi de 100% e, no último mês de intervenção, não aparece 100%, visto que 34 exames coletados neste último mês ainda não chegaram à unidade. Não tivemos mais resultados devido a problemas de implantação e treinamento dos enfermeiros para utilizar o SISCAN.

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 5:** Manter registro do exame de mamografia de 100% das mulheres cadastradas no programa na unidade de saúde.

**Indicador 7:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamografia. 100% das mulheres que realizaram a mamografia ao longo da intervenção estão com o registro adequado, ao contrário do que ocorreu com os exames citopatológicos do câncer do colo do útero, que os resultados ainda estão pendentes devido a problemas com o sistema de informação. Todos os resultados das mamografias chegaram À unidade de saúde, pois quem realiza é o próprio CEONC, não sendo necessário encaminhar os exames para outro serviço.

**Objetivo:** Mapear as mulheres de risco para câncer do colo do útero.

**Meta 6:** Realizar avaliação de risco (pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero em 100% das mulheres na faixa etária alvo).

**Indicador 8:** Proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer do colo do útero

Todas as mulheres que participaram da intervenção foram pesquisadas em relação aos sinais de alerta para câncer de colo de útero. A principal ação para atingir esta meta foi a consulta de enfermagem.

No primeiro mês de intervenção, foram 29 mulheres, o que representa 100% das mulheres atendidas com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero; no segundo mês, 36 mulheres, o que representa 100%; no terceiro mês, 47 mulheres, o que representa 100% e, no último mês, 40 mulheres, representando 100% das mulheres atendidas.

**Objetivo:** Mapear as mulheres de risco para câncer de mama.

**Meta 6:** Realizar avaliação de risco (pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama em 100% das mulheres na faixa etária alvo).

**Indicador 9:** Proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de 100% das mulheres foi atingida, apesar de ter tido alguns casos de mulheres que se recusaram a fazer a mamografia, mas todas foram avaliadas quanto ao risco de desenvolver o câncer de mama.

No primeiro mês de intervenção, 15 mulheres foram avaliadas para o risco do câncer de mama, o que representa 100% das mulheres atendidas; no segundo mês, 12 mulheres, o que representa 100%; no terceiro mês 20 mulheres, o que representa 100% e, no quarto mês de intervenção, foram 18 mulheres, representando 100% das mulheres atendidas. Nestes dois últimos meses de intervenção, tive casos de mulheres que aceitaram a fazer o exame citopatológico, mas se recusaram a fazer a mamografia. Apesar da recusa, todas elas foram avaliadas quanto ao risco para o câncer de mama.

**Objetivo:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero na unidade de saúde.

**Meta 7:** Orientar 100% das mulheres de 25 a 64 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis

**Indicador 10:** Proporção de mulheres de 25 a 64 anos orientadas sobre DST.

Todas as mulheres que participaram da intervenção receberam orientações sobre DSTs. Sem dúvidas, a ação que contribuiu para isso foi a consulta de enfermagem.

**Objetivo:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero na unidade de saúde.

**Meta 7:** Orientar 100% das mulheres de 25 a 64 anos cadastradas sobre fatores de risco para o câncer do colo de útero.

**Indicador 11:** Proporção de mulheres de 25 a 64 anos orientadas sobre fatores de risco para o câncer do colo do útero.

Todas as mulheres que participaram da intervenção receberam orientações sobre fatores de risco para câncer de colo de útero. A principal ação que contribuiu para o alcance desta meta foi a consulta de enfermagem.

No primeiro mês de intervenção, 29 mulheres que receberam orientações sobre fatores de risco para o câncer do colo do útero, o que representa 100% das mulheres atendidas; no segundo mês, foram 36 mulheres, o que representa 100%; no terceiro mês, 47 mulheres, o que representa 100% das mulheres atendidas e, no último mês, foram 40 mulheres que receberam orientações sobre fatores de risco para o câncer do colo do útero.

**Objetivo:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de mama na unidade de saúde.

**Meta 7:** Orientar 100% das mulheres de 50 a 69 anos cadastradas sobre fatores de risco para o câncer de mama.

**Indicador 12:** Proporção de mulheres de 50 a 69 anos orientadas sobre fatores de risco para o câncer de mama.

Todas as mulheres que participaram da intervenção receberam orientações sobre fatores de risco para câncer de mama. A principal ação que contribuiu para o alcance desta meta foi a consulta de enfermagem

No primeiro mês 15 mulheres, receberam orientações sobre os fatores de risco para câncer de mama, o que representa 100% das mulheres atendidas; no segundo mês, 12 mulheres, o que representa 100%; no terceiro mês, 20 mulheres, o que representa 100% e, no último mês, 18 mulheres, representando 100% das mulheres atendidas.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde propiciou melhorar a detecção de câncer de colo de útero e de mama. A implantação e implementação dos registros e a qualificação da atenção prestada às mulheres, com destaque para a consulta de enfermagem, contribuíram para uma atenção à saúde da mulher de mais qualidade com a intervenção.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico de ambos os cânceres e monitoramento em relação ao Ca de colo de útero e de mama. Esta atividade promoveu um trabalho integrado da equipe envolvendo todos os profissionais desde o médico ao ACS.

Durante a intervenção, o agente comunitário de saúde teve um papel fundamental, pois, ele foi o principal divulgador da intervenção. Foi através da busca ativa realizado por este profissional que conseguimos ampliar a nossa cobertura, já que, não conseguimos divulgar a intervenção em todas as comunidades da nossa área de abrangência.

Outro profissional da equipe que fez a diferença foi a nossa médica que em todas as suas consultas prescrevia ambos os exames e em muitos casos foi ela que durante a consulta conseguiu convencer as mulheres resistentes em realizar os exames. Apesar da minha técnica de enfermagem ter chegado à equipe na metade da intervenção, ela também contribuiu com a intervenção, ajudando no registro das informações e monitoramento das

mulheres faltosas, ou seja, aquelas que estavam agendadas e que não compareciam no dia da consulta de enfermagem.

Outro membro da equipe que auxiliou na captação das mulheres na unidade de saúde foi a nossa servente. Todas as mulheres que chegavam à unidade com idade para realizar os exames, ela já as abordava e falava dos exames, inclusive tentava convencer as mulheres mais resistentes, pois ela mora na comunidade e conhece todas as mulheres.

Isto acabou tendo um impacto também em outras atividades, pois com o curso as outras ações programáticas que não estavam sendo realizadas de maneira correta foram sendo estruturadas como: atenção ao hipertenso e diabético, idoso e a puericultura que não estava mais sendo realizada passou a ser feita novamente.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde da mulher eram quase nulas, ou seja, nem sequer tínhamos registros adequados das ações. A única atividade que tinha era a consulta médica e a mesma nem sequer pensava em solicitar os exames, a não ser que a mulher tivesse alguma queixa específica ou problema ginecológico.

Com a intervenção, a consulta de enfermagem passou a ter um novo significado tanto para a equipe que centralizava tudo no profissional médico quanto para as mulheres que passaram a confiar mais no profissional enfermeiro.

A qualidade dos registros, a busca ativa e o agendamento das mulheres para os exames proporcionaram uma visão geral de como está a nossa cobertura em relação ao controle e prevenção dos cânceres do colo de útero de mama.

Como tivemos problemas de implantação e treinamento dos enfermeiros para utilização do SISCAN, os indicadores relacionados aos resultados dos exames citopatológicos não refletem plenamente a realidade encontrada no período da intervenção.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. As mulheres da nossa área de abrangência ainda não se deram conta da importância dos exames, pois não conseguimos atingir nem 30% das nossas mulheres com a intervenção. Ao longo destes quatro meses, poderíamos ter atingido mais mulheres, mas o índice de rejeição em relação

aos exames é muito alto. Esse fato pode ser atribuído à questão cultural e social da população feminina que se recusa em fazer os exames, com a desculpa que nunca sentiram nada ou que é bom não mexer no que está quieto.

A intervenção poderia ter um melhor resultado se tivéssemos uma maior articulação com a comunidade para esclarecer sobre a importância da intervenção e uma maior sensibilização do nosso público alvo.

Com o fim da intervenção, ficam esses dois desafios para a equipe: melhorar a articulação com a comunidade, vencer a resistência das mulheres em realizar os exames, chega a 50% das mulheres, e intensificar a busca ativa, pois não conseguimos realizar visitas domiciliares a todas essas mulheres.

Como a intervenção foi incorporada à rotina do serviço, teremos condições de superar as dificuldades encontradas ao longo da intervenção e ampliar o que foi alcançado pela equipe.

Tomando este projeto como exemplo, já estamos estruturando outras ações programáticas, como: a atenção ao hipertenso e diabético, saúde do idoso e da criança.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil, e inclusive na região do sudoeste do Paraná, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários (BRASIL, 2013).

É de fundamental importância a elaboração e implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, como o acesso à rede de serviços quantitativamente, capazes de suprir essas necessidades na nossa região, inclusive em nosso município. Portanto, a realização desta intervenção teve como objetivo melhorar a detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama e esta

diretamente relacionada com a Política Nacional, cujo objetivo é ampliar e implementar a prevenção e controle do câncer do colo do útero e de mama.

A intervenção nesta ação programática foi escolhida principalmente por estarmos com uma cobertura de apenas 10% para o câncer de colo de útero e de 8% para o câncer de mama. Além disso, é uma das ações em que o profissional enfermeiro tem uma maior autonomia para intervir.

A população alvo da intervenção na área de adscrição da equipe eram as 531 mulheres de 25 a 64 anos para o exame citopatológico do colo de útero e as 230 mulheres de 50 a 69 anos para a mamografia. Ao longo destes quatro meses de intervenção, 152 mulheres entre 25 a 64 anos realizaram o exame citopatológico e 65 mulheres entre 50 a 69 anos realizam a mamografia.

Em relação à mamografia, a meta proposta foi atingida, pois o objetivo era aumentar a cobertura para 20% devido ao fato do exame não ser realizado no município e as mulheres terem que se deslocar para a realização do exame. Alcançamos 28,3% das mulheres da área.

Já em relação ao exame citopatológico, tivemos 26,2% de mulheres atendidas. A dificuldade que tivemos foi devido a alguns problemas que foram aparecendo ao longo da intervenção como: férias dos ACS; falta do técnico de enfermagem na equipe, tendo que o enfermeiro assumir algumas funções do técnico e tendo menos tempo para a consulta de enfermagem; o enfermeiro tendo que cobrir outra unidade de saúde, pois no mês de janeiro a unidade de saúde ficou apenas 2 dias e meio por semana em funcionamento; estrutura inadequada em alguns pontos de apoio para a coleta do citopatológico.

Em relação à estrutura, no ponto de atendimento Linha Lambari não foi realizada a coleta do exame devido à falta de energia no local e é a comunidade que mais precisaria. Além disso, as mulheres desta comunidade não tinham como ir até a unidade de saúde, pois não há transporte público até a nossa unidade e devido à longa distância tanto da unidade de saúde como da cidade. Daí a importância da realização deste tipo de atendimento neste local. A gestão já contribuiu conseguindo que a Copel instalasse a energia neste ponto de atendimento, mas isso só ocorreu após o término da intervenção.

No ano de 2013, 64 mulheres realizaram o exame citopatológico e 24 mulheres realizaram a mamografia. Nestes quatro meses de intervenção, 152 mulheres realizaram o exame do citopatológico e 65 mulheres realizaram a



mamografia, portanto tivemos um aumento de mais de 100% em quatro meses em relação aos 12 meses do ano anterior.

Para a realização da intervenção foram realizadas inúmeras ações entre elas: a captação das mulheres na unidade básica de saúde tanto na sala de espera como na consulta médica, busca ativa realizada principalmente pelos ACS, visita domiciliar realizada pela equipe para as mulheres resistente em fazer ambos os exames, reuniões em algumas comunidades que fazem parte da nossa área de abrangência, ações em conjunto com o NASF e com alguns clubes de mães que estão atuantes.

Em relação à nossa coordenação, o ponto positivo foi a autonomia que tive ao longo destes quatro meses de intervenção, ou seja, quando expliquei que estaria fazendo esta intervenção tive total autonomia para colocar em prática a intervenção.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da intervenção, as metas propostas foram alcançadas e isto atribuo ao comprometimento da equipe, pois desde o início da intervenção a equipe entendeu a sua importância para a saúde da população alvo da nossa intervenção, que eram as mulheres de 25 a 69 anos da nossa área de abrangência.

O principal ganho com certeza foi a melhora na qualidade da consulta de enfermagem, pois, a partir da confiança da comunidade no profissional enfermeiro, diminuiu a demanda para o profissional médico. Para o gestor, isso com certeza é um problema a menos, pois quando a equipe consegue atender melhor as suas demandas e o processo de trabalho está organizado, a população é beneficiada e não precisa se deslocar para outras unidades.

Em relação à contribuição do gestor, precisamos que o mesmo nos dê condições para colocar em prática as ações programáticas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Isto envolve tanto recursos financeiros como recursos humanos, pois atualmente estamos com duas descobertas (sem o agente de saúde), o médico atuando apenas 20 horas na unidade e sem odontólogo na equipe. Além disso, seria importante a gestão adotar a ficha espelho do curso como formulário para ser utilizado na rotina do acompanhamento do programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mama em todas as UBS.

Essas são apenas algumas das dificuldades que temos para colocar as ações programáticas em prática, pois elas envolvem o trabalho de uma equipe multiprofissional onde cada um tem o seu papel na equipe ESF. Por isso, é de fundamental importância que o gestor esteja sensibilizado da importância de cada profissional dentro da equipe, pois quando a ausência de um dos profissionais acaba prejudicando o trabalho da equipe.

Nosso próximo desafio é procurar atingir mais as mulheres que nunca realizaram ambos os exames, pois é entre estas mulheres que podemos ter casos de Ca de mama ou de colo do útero em estágio avançado e é isso que nós da equipe queremos evitar, ou seja, queremos promover saúde e não cuidarmos da doença instalada.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para comunidade**

A intervenção na unidade básica de saúde Santa Lúcia ocorreu nos meses de janeiro a abril de 2014 e teve como objetivo melhorar a detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama. A escolha por essa ação programática foi porque a atenção a Saúde da Mulher, com enfoque no controle e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama, estava com uma cobertura de apenas de 10% do câncer do colo do útero e de 8% para o câncer de mama. A meta era aumentar a cobertura destes exames para 20%. Além disso, esta é uma das ações programáticas em que o enfermeiro tem uma autonomia maior para intervir.

Foram realizadas inúmeras ações com o objetivo de aumentar a nossa cobertura, entre elas estão: captação das mulheres na unidade básica de saúde tanto na sala de espera como na consulta médica, visitas domiciliares para as mulheres resistentes em fazer ambos os exames, busca ativa realizada principalmente pelo ACS, reuniões em algumas comunidades que fazem parte da nossa área de abrangência, participação de ações em conjunto com o NASF e com clube de Mães de algumas comunidades.

Estas ações tiveram o objetivo de captar as mulheres de 25 a 64 anos para realizarem o exame do citopatológico do colo do útero e as mulheres de

50 a 69 anos para realizarem a mamografia sendo estas o público alvo da intervenção.

Participaram 160 mulheres neste período, sendo 152 mulheres de 25 a 64 anos, que realizaram o exame de prevenção do câncer de colo de útero, e 65 mulheres de 50 a 69 anos, que realizaram mamografia.

Em relação à mamografia, a meta estimada foi atingida, mesmo com o fator dificultante de o exame não ser realizado no município e as mulheres terem que se deslocar para a realização do exame. Ao final, tivemos 28,3% de cobertura das mulheres da área de abrangência. Já em relação ao exame citopatológico, atingimos uma cobertura de 26,2% das mulheres da faixa etária cadastradas na unidade de saúde.

A cobertura poderia ter sido ainda maior se algumas dificuldades não tivessem ocorrido, como as férias dos ACS no primeiro mês da intervenção, a unidade de saúde ter funcionado apenas dois dias e meio no primeiro mês da intervenção, o enfermeiro tendo que acumular as funções do técnico de enfermagem e tendo que substituir outro profissional que estava de férias.

Além desses problemas, não foi possível coletar o exame citopatológico em todos os pontos de atendimento, pois apenas um deles tinha uma estrutura adequada para a coleta do exame. No ponto de atendimento Linha Lambari, o exame não foi realizado devido à falta de energia no local, as mulheres desta comunidade não tinham como ir até a unidade de saúde e a sua longa distância tanto da unidade de saúde como da cidade.

No ano de 2013, 64 mulheres realizaram o exame citopatológico do colo de útero e, nestes quatro meses de intervenção, 152 mulheres realizaram este exame. Em relação à mamografia, no ano de 2013, apenas 24 mulheres realizaram a mamografia e, nestes quatro meses de intervenção, 65 mulheres realizaram o exame. Dessa forma, percebemos que a participação das mulheres na intervenção aumentou mais de 100% a realização dos dois exames.

Existem pontos que precisamos melhorar para que possamos ter um aumento significativo da nossa cobertura e isto com certeza envolve a articulação com a comunidade, pois é através dela que conseguiremos vencer a resistência das mulheres em fazer os exames. Portanto, a nossa principal

aliança deve ser com a comunidade para termos êxito na continuidade desta intervenção.

Acredito que se conseguirmos sensibilizar a comunidade, automaticamente, conseguiremos sensibilizar as mulheres, pois a nossa população é muito unida. Quando a comunidade é sensibilizada, ela se une e participa, portanto cabe à equipe desenvolver este papel sobre a importância deste programa para a saúde da mulher que pode ser a esposa, filha, mãe, irmã ou sogra de qualquer pessoa da comunidade. Este é o grande desafio que teremos daqui para frente, a sensibilização da nossa população.

Além deste desafio, teremos outro maior que é procurar atingir mais as mulheres que nunca realizaram os exames, pois é entre estas mulheres que podemos ter casos de Ca de mama ou de colo do útero em estágio avançado e é isso que nós da equipe queremos evitar, ou seja, queremos promover saúde e não cuidarmos da doença.

Em relação às melhorias para o serviço, vale destacar a melhora na qualidade da consulta de enfermagem após estes quatro meses de intervenção. Neste caso a comunidade conseguiu identificar essa melhoria, pois hoje a comunidade tem um olhar diferente em relação à consulta de enfermagem. Percebo que, principalmente as mulheres que participaram da intervenção, em muitas situações começaram a confiar mais no trabalho do profissional enfermeiro e, quando elas chegam à nossa unidade de saúde, buscam em primeiro lugar a opinião da enfermeira, o que já está refletindo nas outras pessoas da comunidade.

Atualmente, tenho também usuários hipertensos, diabéticos e idosos que sentem segurança na consulta de enfermagem, o que demonstra que a relação da equipe com a comunidade foi fortalecida.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

As minhas expectativas iniciais em relação ao curso mudaram ao longo desses meses de curso, pois inicialmente ao me matricular no curso pensava em apenas conseguir um título de especialista em Saúde da Família, já que

estou atuando há 14 anos na área de Saúde Pública, mas não tinha nenhum curso de aperfeiçoamento na área.

Com os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, o trabalho realizado por mim ganhou em qualidade, pois, ao longo do curso, aprendi como organizar as ações de saúde dentro da Estratégia da Saúde da Família. Como coordenadora de uma equipe ESF, eu não tinha conhecimento da importância de planejar as ações de saúde a partir dos grupos prioritários. Não tinha nem ideia que as ações deveriam ser feitas a partir de ações programáticas e nunca tinha tido contato com as fichas espelhos.

Com isso, o curso teve um significado muito grande para a minha prática profissional, principalmente pelo fato de eu ser coordenadora de uma equipe de ESF, pois através dos conhecimentos adquiridos durante o curso pude reorganizar a atenção à saúde prestada por nossa equipe em nossa área de abrangência, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Além disso, a consulta de enfermagem realizada por mim ganhou mais qualidade, principalmente no momento de atender as mulheres, pois durante o curso tive que aprofundar os meus conhecimentos em relação ao controle e prevenção dos cânceres do colo do útero da mama.

Como durante o curso foi trabalhado as outras ações programáticas tive a oportunidade de rever cada ação e, a partir da análise de cada uma delas, o serviço foi reorganizado.

Uma questão importante que ficou evidente durante o curso foi a importância do trabalho em equipe, pois ao escolher esta ação programática, tinha em mente que conseguiria colocar em prática a intervenção e melhoraria a cobertura sem depender do profissional médico. Durante o curso, ele foi um dos profissionais da equipe que mais me ajudou na intervenção, principalmente com as mulheres que eram resistentes em fazer os exames.

É importante ressaltar que o papel dos gestores, deste o prefeito até o Coordenador da Atenção Básica, é fundamental para que os mesmos estejam sensibilizados e comprometidos com a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família possa realmente ser a porta de entrada do usuário no SUS. Para colocar as ações programáticas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, é preciso que os gestores nos dêem condições para que

possamos reorganizar o nosso processo de trabalho e isto inclui tanto recursos financeiros como os recursos humanos.

## 6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle de cânceres do colo do Útero e da Mama**. Brasília, 2013.

INCA

## **Anexos**


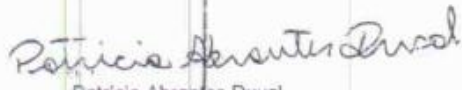


[illegible]

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible][illegible]

**Anexo C - Documento do comitê de Ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	